

Cuestionario sobre la vacuna contra la influenza

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ EDAD _____
(mes) (día) (año)

Para padres/tutores: Por favor responda a las siguientes preguntas sobre la influenza o gripe (flu) al lado de la edad que tiene su hijo. Para responder encierre con un círculo la respuesta correcta. Si no le queda clara alguna pregunta, pídala a la enfermera o al médico que se la explique. En la segunda página hay tres preguntas adicionales.

Si la edad de su hijo es entre		SÍ	NO	Sólo para uso del consultorio
Recién nacido y 6 meses	1. ¿Tiene menos de 6 meses de edad el día de hoy su hijo?	S	N	Y - DNV
	2. ¿Viven en la misma casa otros niños menores de 19 años de edad? (Si la respuesta es sí, pida un cuestionario para cada hijo.)	S	N	Y – screen by age
6 meses y 24 meses	1. ¿Le han administrado en otra ocasión la vacuna contra la gripe al niño?	S	N	SS - (PF) 0.25 ml Y – 1 dose N - 2 doses
	2. ¿Viven en la misma casa otros niños menores de 19 años de edad? (Si la respuesta es sí, pida un cuestionario para cada hijo.)	S	N	Y – screen by age
24 meses y su 3º cumpleaños	1. ¿Tiene su hijo alguno de los siguientes padecimientos? a. Enfermedades del corazón o de la respiración, incluida el asma b. Diabetes c. Enfermedades de la sangre como anemia drepanocítica (<i>Sickle Cell Anemia</i>) d. Tratamiento de largo plazo con aspirina e. Cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario	S	N	Y – SS – (PF) N – PP 0.25 ml
	2. ¿Viven en la misma casa niños menores de 2 años de edad? (Si la respuesta es sí, pida un cuestionario para cada hijo.)	S	N	
	3. ¿Vive el niño con alguien que haya tenido uno de los padecimientos que aparecen bajo el № 1 arriba, o con una mujer embarazada o una persona mayor de 65 años?	S	N	
	4. ¿Le han administrado en otra ocasión la vacuna contra la gripe al niño?	S	N	
3 años y su 9º cumpleaños	1. ¿Tiene su hijo alguno de los siguientes padecimientos? f. Enfermedades del corazón o de la respiración, incluida el asma g. Diabetes h. Enfermedades de la sangre como anemia drepanocítica (<i>Sickle Cell Anemia</i>) i. Tratamiento de largo plazo con aspirina j. Cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario	S	N	Y– SS N – PP 0.5 ml

	2. ¿Viven en la misma casa niños menores de 2 años de edad? (Si la respuesta es sí, pida un cuestionario para cada hijo.)	S	N	
	3. ¿Vive el niño con alguien que haya tenido uno de los padecimientos que aparecen bajo el № 1 arriba, o con una mujer embarazada o una persona mayor de 65 años?	S	N	
	4. ¿Le han administrado en otra ocasión la vacuna contra la gripe al niño?	S	N	Y – 1 dose N – 2 doses
Si la edad de su hijo es entre		SÍ	NO	Sólo para uso del consultorio
9 años y su 19º cumpleaños	1. ¿Tiene su hijo alguno de los siguientes padecimientos? a. Enfermedades del corazón o de la respiración, incluida el asma b. Diabetes c. Enfermedades de la sangre como anemia drepanocítica (<i>Sickle Cell Anemia</i>) d. Tratamiento de largo plazo con aspirina e. Cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario	S	N	Yes – SS No – PP 0.5 ml 1 dose
	2. ¿Viven en la misma casa niños menores de 2 años de edad? (Si la respuesta es sí, pida un cuestionario para cada hijo.)	S	N	
	3. ¿Vive el niño con alguien que haya tenido uno de los padecimientos que aparecen bajo el № 1 arriba, o con una mujer embarazada o una persona mayor de 65 años?	S	N	
	4. ¿Está embarazada la niña/adolescente?	S	N	

Preguntas adicionales (para TODOS los niños)

1. ¿Está enfermo el niño hoy?	S	N	
2. ¿Es alérgico el niño a algún medicamento, alimento o vacuna? (huevos, gelatina, Thimerosal, neomycin, polymyxin B)	S	N	
3. ¿Ha sufrido el niño alguna vez una reacción grave a una vacuna?	S	N	
4. ¿Está tomando algún medicamento el niño? Si su respuesta es afirmativa, explique:	S	N	

“Me dieron una copia de la Declaración de información sobre la vacuna contra la gripe (influenza), la cual leí o me explicaron. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y las contestaron a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna. Solicito que me administren la vacuna indicada abajo o que se la administren a la persona nombrada a continuación y en nombre de quien tengo autorización de hacer esta petición.

Nombre del niño: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Firma del padre/madre/tutor: _____

OFFICE STAFF TO COMPLETE

Influenza Vaccine	Date Given	Dose in Series	Dosage	Route	Site	Vaccine Manufacturer and Lot #	VIS Material Pub Date	Signature and Title of Person Administering Vaccine
Fluzone – PF Fluzone Fluvirin LAIV		1 2		IM				

Recall for 2nd dose